**Le syndrome du côlon irritable**

Tristan St-Jean-Gamache

Hiver 2016

Faculté de médecine de l’Université Laval

1. LES CARACTÉRISTIQUES DU SYNDROME

Le syndrome du côlon irritable (SCI) est un trouble gastro-intestinal fonctionnel attribué à l’intestin et associé à des symptômes de douleur, de défécation perturbée, de ballonnement et de flatulence. Comme c’est un trouble fonctionnel, l’intestin apparait tout à fait normal, que ce soit au niveau macroscopique, histologique, radiologique ou enzymatique.

Les troubles intestinaux fonctionnels incluent la douleur abdominale chronique, la constipation fonctionnelle, la diarrhée fonctionnelle, la dyspepsie fonctionnelle, les coliques du nourrisson et le ballonnement abdominal fonctionnel. Il existe trois sous-catégories :

* SCI avec prédominance de diarrhée ;
* SCI avec prédominance de constipation ;
* SCI avec une alternance de diarrhée et de constipation.

L’approche du patient avec un côlon irritable, dont le spectre clinique est assez vaste, est basée principalement sur :

* L’évaluation clinique ;
* Un diagnostic présomptif ;
* L’exclusion de pathologie organique par l’absence de signaux d’alarme ;
* Un essai thérapeutique.

La prévalence du côlon irritable est inconnue, car les symptômes sont fluctuants. La majorité des patients sont externes. Le côlon irritable est une cause importante de référence en gastroentérologie. La moitié des patients avec un SCI vont consulter. Les hommes sont autant atteints que les femmes, mais ont tendance à moins consulter. La moitié des diagnostics seront effectués avant 35 ans. Le SCI est plus fréquent chez les caucasiens.

La physiopathologie du côlon irritable est partiellement connue. Elle serait reliée à l’état émotif, aux repas, aux agents neurohormonaux, aux hormones gastro-intestinales, aux toxines et à la distension intestinale. L’apparition post gastro-entérite est fréquente. On divise typiquement les étiologies en trois groupes :

* Un trouble de la motilité intestinale affectant l’amplitude et la fréquence des ondes de propagation et, par le fait même, le temps de transit ;
* Une perception viscérale anormale caractérisée par une sensibilité excessive à la distension intestinale et/ou une sensation différente de volume du rectum associée ou non à une hyperactivité motrice rectale ;
* Un trouble psychologique comme la somatisation (traduction physique d'un conflit psychique), l’anxiété, la phobie et la paranoïa.

D’autres étiologies incluent l’inflammation microscopique, la situation post entérite infectieuse et la malabsorption de sels biliaires ou de disaccharides.

La présentation clinique est peu spécifique, comme il y a une variabilité dans les symptômes, dans l’intensité et dans le temps. On pourra retrouver du mucus dans les selles et des signes de stress à l’examen ou au questionnaire. Ce stress peut être infectieux, diététique ou émotif. Typiquement, les symptômes sont surtout diurnes.

Les critères de Manning, utiles au diagnostic, incluent :

* Douleur soulagée par la défécation ;
* Selles plus fréquentes avec épisode(s) de douleur ;
* Selles plus molles avec épisode(s) de douleur ;
* Distension abdominale visible ;
* Présence de mucus ;
* Sensation d’évacuation incomplète.

La probabilité du diagnostic est proportionnelle au nombre de symptômes présents.

Les critères de Rome, aussi utiles au diagnostic, témoignent du fait qu’il doit y avoir une douleur abdominale récidivante ou un inconfort au moins 3 jours par mois depuis au moins 3 mois au moment de la consultation. Il doit y avoir au moins deux de ces symptômes :

* Amélioration de la douleur à la défécation ;
* Début de la douleur avec un changement dans la fréquence des selles ;
* Début de la douleur avec un changement dans la consistance des selles.

Il y a plusieurs symptômes extra-intestinaux possibles, touchant notamment l’appareil génito-urinaire : mictions fréquentes et impérieuses, sensation de vidange vésicale incomplète, dysménorrhée (menstruations difficiles). Les fibromyalgies, la douleur dorsale, les céphalées, la fatigue, l’hypertension artérielle, la diminution de la concentration, l’insomnie et les palpitations peuvent également faire partie du tableau clinique.

Il faut porter une attention particulière à ces signaux, qui pourraient faire changer l’hypothèse diagnostique initiale :

* Apparition subite ;
* Perte de poids ;
* Saignements (hématémèse, rectorragie) ;
* Anorexie ;
* Vomissements ;
* Fièvre ;
* Symptômes nocturnes ;
* Masse palpable ;
* Hépatosplénomégalie ;
* Adénopathies ;
* Ascite.

2. L’APPROCHE CLINIQUE

L’investigation du côlon irritable, assez minimale, se fera au moyen d’une formule sanguine complète, de l’analyse de la vitesse de sédimentation sanguine, du dosage sanguin de la thyréostimuline, d’un bilan hépatique, d’une culture de selle (recherche de parasites) et de l’élimination de la maladie cœliaque par l’entremise des anti-transglutaminases.

On peut employer les méthodes suivantes :

* Coloscopie courte ou longue ;
* Examen baryté (lavement baryté, transit du grêle) ;
* Essai avec une diète sans lactose.

En clinique, il est important de connaître les inquiétudes du patient et d’établir une bonne relation avec lui afin d’optimiser le soulagement des symptômes et d’assurer un bon suivi. Il faut prendre le temps de bien informer le patient en lui expliquant que le SCI n’est pas un diagnostic d’exclusion, que c’est un problème chronique et bénin. L’espérance de vie demeure inchangée et il est normal d’avoir des épisodes d’amélioration parsemés de rechutes.

Pour favoriser une évolution favorable, des modifications de la diète doivent être apportées. De prime abord, l’intolérance au lactose doit être considérée. Il faut également exclure les aliments qui augmentent les flatulences comme les fèves, les oignons, les choux de Bruxelles, les carottes, les germes de blé, les bagels et les prunes. Les aliments suivants, à risque, doivent également être diminués :

* Hydrates de carbone ;
* Café ;
* Chocolat ;
* Épices.

Augmenter les fibres dans la diète est souvent aidant. Noter que les médicaments comme le psyllium sont plus solubles que les fibres naturelles, ce qui stimule un peu moins le système digestif mais a aussi d’autres avantages pour la santé.

Une thérapie psychosociale peut être employée, surtout pour les patient qui associent les symptômes de SCI au stress. L’hypnose, la psychothérapie et le biofeedback – une approche corps-esprit – peuvent être utiles pour diminuer l’anxiété et augmenter les facteurs de bonne santé.

La médication est souvent un ajout transitoire et adapté aux symptômes du patient. Il est possible d’utiliser des régulateurs de la motilité du tractus intestinal, des anticholinergiques inhibiteurs de la musculature lisse (antiplasmodiques) et des antidépresseurs ayant des propriétés analgésiques intéressantes. La première catégorie de médicaments est moins utilisée. D’autres catégories de médicaments parfois utilisés selon le type de SCI incluent :

* Anti-diarrhéiques ;
* Pro-kinétiques ;
* Antagonistes des récepteurs 5-hydroxytryptamine-3 ;
* Antagonistes des récepteurs 5-hydroxytryptsmine-4 ;
* Antagonistes calciques gastro-intestinaux.

Le traitement varie selon le degré et le type de symptômes. Pour des symptômes légers, on emploiera des mesures générales, on informera convenablement et on apportera des modifications à la diète en plus d’encourager la consommation de fibres. Pour des symptômes modérés, qui perturbent le mode de vie du patient, on s’intéressera à la diète, au lactose, à la caféine et aux stresseurs spécifiques à éviter. On emploiera de la médication au besoin. Finalement, pour les symptômes sévères, on ajoutera la thérapie psychosociale et la médication aux autres mesures. Dans tous les cas, il ne faut pas sous-estimer l’importance de la réassurance.